

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Vyplňte číslo pojistné smlouvy

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Číslo škodní události

Pojistník

| | | | | | | | |
|--------------------|-----|----------------------------------|--|------|------------------------|--------|-----------------|
| Příjmení | | Jméno | | | | Titul | |
| Adresa v ČR: Ulice | | | | | | | |
| Č.p. | | PSČ | | Obec | | | |
| Telefon | | Mobil | | Fax | | E-mail | |
| žena | muž | Datum narození (den, měsíc, rok) | | | IČ (resp. rodné číslo) | | Státní přísluš. |

Osoba odpovědná za provoz

| | | | | | | | |
|--------------------|-----|----------------------------------|--|------|-------------|--------|-----------------|
| Příjmení | | Jméno | | | | Titul | |
| Adresa v ČR: Ulice | | | | | | | |
| Č.p. | | PSČ | | Obec | | | |
| Telefon | | Mobil | | Fax | | E-mail | |
| žena | muž | Datum narození (den, měsíc, rok) | | | Rodné číslo | | Státní přísluš. |

Doba přerušení pojištěného provozu

| | | | | | | | | | | | |
|--------------------|----|--|--|---|---|----|--|--|---|---|-------------------------|
| plné přerušení | od | | | 2 | 0 | do | | | 2 | 0 | |
| částečné přerušení | od | | | 2 | 0 | do | | | 2 | 0 | Druh nezávislé činnosti |

V případě částečného přerušení uveďte:

| | |
|--|--|
| Počet pracovních hodin týdně při plném provozu | |
| Počet pracovních hodin týdně při částečném provozu | |
| Zdůvodnění částečného přerušení provozu | |

Uveďte podrobně z jakého důvodu došlo k přerušení

| |
|--|
| |
|--|

V případě nemoci nebo úrazu uveďte

| | | | |
|----------------|--|----------------|--|
| diagnózu slovy | | kód dle MKM-10 | |
|----------------|--|----------------|--|

Přesná adresa míst nebo místa pojištění, kde došlo k přerušení

| | |
|----|--|
| 1. | |
| 2. | |

Ošetřující lékař (vyplňte v případě nemoci)

| |
|--|
| |
|--|

Účetní / daňový poradce (vč. telefonu)

| |
|--|
| |
|--|

Dokládám

| | | | | | |
|--------------------------|---|--------------------------|--|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | Měsíční nájem pojištěného v místě pojištění | <input type="checkbox"/> | Měsíční fixní náklady spojené s nájmem (např. zálohy na el. energii, topení, vodu, telefonní paušál) | <input type="checkbox"/> | Náklady na zaměstnance (měsíční plat včetně odvodů na sociální a zdravotní pojištění) |
| <input type="checkbox"/> | Zisk | | | | |
| <input type="checkbox"/> | Ostatní pojištěné náklady | | | | |

Pojistné plnění vyplatte ve prospěch (pojistník)

| | | | | | |
|--------------|--|---------|--|--------------|--|
| kód banky | | č. účtu | | spec. symbol | |
| majitel účtu | | | | | |

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem veškeré údaje na tomto Oznámení o škodě uvedl(a) pravdivě a úplně, že jsem k výše uvedené pojistné události vyplnil(a) pro pojistitele pouze toto Oznámení o škodě a že jsem si vědom(a) důsledků nesprávných či neúplných odpovědí na povinnost pojistitele plnit. Dále tímto zmocňuji pojistitele k získání veškerých informací, popř. podkladů důležitých pro potřeby šetření škodné události a dále tímto rovněž zprošťuji od povinnosti zachovávat mlčenlivost lékaře, příp. třetí osoby, které pojistitel požádá o uvedené informace. Prohlašuji, že umožním pojistiteli prohlídku místa pojištění, kde došlo k přerušení provozu a na požádání pojistitele předložím k nahlédnutí příslušnou účetní, technickou a jinou dokumentaci. Zároveň zmocňuji pojistitele k jednání se svým daňovým poradcem nebo jinými osobami či institucemi a tímto je zprošťuji od povinnosti zachovávat mlčenlivost. Souhlasím, aby si pojistitel vyžádal veškeré potřebné podklady u policie, správních orgánů a jiných pojišťoven pro potřeby šetření škodné události. Prohlašuji, že souhlasím, aby pojistitel zpracoval a uchovával mé osobní a citlivé údaje ve smyslu zákona č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů, v platném znění.

Číslo pojistné smlouvy

Číslo škodní události

V případě, že ke škodné události došlo z důvodu nemoci nebo úrazu nechte, vyplnit ošetřujícím nebo odborným lékařem.

Příjmení

Jméno

Titul

Rodné číslo

Diagnózy - kód dle MKN, pro které pracovní neschopnost trvá (číselně i slovně):

Popis léčby:

V důsledku uvedené nemoci/úrazu nastala níže uvedená pracovní neschopnost. Po dobu této neschopnosti nemůže pojištěný vykonávat své zaměstnání nebo samostatně výdělečnou činnost, a to ani po omezenou část dne a ani nemůže vykonávat řídicí a (nebo) kontrolní činnost.

Pracovní neschopnost číslo:

Vystavena od:

příští kontrola:

Ukončena dne:

práce schopen od:

Bylo zahájeno správní řízení ohledně přiznání invalidity ano ne

zahájeno dne

Přiznán invalidní důchod: ano od stupeň invalidity

(nehodící se škrtněte).

ne

Datum vystavení

Jmenovka, podpis a razítko ošetřujícího lékaře

Případné poplatky za vystavení tohoto potvrzení hradí pacient (pojištěný).